


JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT SARAWAK

Wisma Kebajikan,
Lot 4273 Blok 14, Off Jalan Siol Kanan, 93050 Kuching, Sarawak
Tel:082- 449577/444139 | Faks:082-445710/448741
Laman web rasmi: welfare@sarawak.gov.my


BORANG PERMOHONAN BANTUAN PERUBATAN DI SARAWAK
PANDUAN PEMOHON

- Borang ini adalah **PERCUMA**.
- Borang ini hendaklah diisi dengan **HURUF BESAR**.
- Semua maklumat hendaklah diisi dengan **lengkap**.
- Kembalikan permohonan kepada **Pejabat Kebajikan Masyarakat Bahagian (PKMB) yang berdekatan**.

KRITERIA KELAYAKAN

- Warganegara Malaysia dengan Kad Pengenalan Berstatus "K" dan menetap di Sarawak;
- Pesakit yang telah dirujuk oleh Pakar/ Pegawai Perubatan Kerajaan;
- Tergolong dalam kumpulan B40 atau M40 dengan pendapatan per kapita tidak melebihi RM1,020.00 sebulan;
- Tidak mendapat pembiayaan penuh untuk rawatan daripada mana-mana sumber sama ada kerajaan, swasta dan badan bukan kerajaan dan individu/komuniti
- Bukan bersifat bayaran balik (reimbursement) kecuali tuntutan perjalanan dan penginapan.

SENARAI SEMAK DOKUMEN (SILA TANDAKAN (✓) BAGI DOKUMEN YANG DISERTAKAN)

Permohonan wajib disertakan **salinan dokumen sokongan** berikut seperti berikut:

BIL.	PERKARA	TANDAKAN (✓)
1.	Borang Permohonan Bantuan Perubatan JKMS/BP/01/2021 Pin. 1/2024 yang telah lengkap diisi	
2.	Salinan Kad Pengenalan Pesakit atau Sijil Lahir Pesakit bagi pemohon kanak-kanak	
3.	Salinan Kad Pengenalan atau Sijil Lahir Ahli Isi Rumah (AIR) dan Ahli Keluarga Tinggal Bersama	
4.	Salinan Nota Diagnosis daripada Pegawai Perubatan Kerajaan	
5.	Surat Sokongan daripada Pakar/ Pegawai Perubatan Kerajaan/ Pegawai Sosial Perubatan Hospital	
6.	Laporan dari Pegawai Dietetik dan Pegawai Farmasi (Borang C1 dan C2 format KKM)	
7.	Salinan penyata gaji/ pengesahan pendapatan pemohon termasuk Ahli Isi Rumah (AIR) (jika tiada penyata gaji) oleh Ketua Kaum/ Ketua Masyarakat/ Pegawai Kumpulan Pengurusan dan Profesional	
8.	Salinan bil utiliti atau pengesahan tempat tinggal oleh KMKK	
9.	Sebutharga daripada tiga (3) pembekal peralatan yang dipohon. Sekiranya terdapat satu pembekal sahaja maka surat pengesahan pembekal perlu dikemukakan.	
10.	Jadual temujanji/ rawatan (permohonan bantuan pengangkutan)	
11.	Salinan muka hadapan buku akaun, penyata bank pemohon, salinan Penyata Kumpulan Wang Simpanan Pekerja (KWSP/ EPF) atau PERKESO	
12.	Gambar Penuh Pemohon	
13.	Gambar Rumah (Hadapan Rumah, Ruang Tamu, Ruang Dapur)	
14.	Lain-lain dokumen yang berkaitan (Log Kehadiran dan janji temu rawatan)	
15.	Bantuan Penginapan / Makan Minum (Borang Tuntutan Perjalanan Bagi Bantuan Perubatan) <ol style="list-style-type: none"> Surat rujukan Pegawai Kesihatan dari Hospital A kepada Hospital B Anggaran tempoh kemasukan dalam Wad Rawatan <p>*Nota: Kelayakan kadar bantuan harian ditentukan dalam Mesyuarat Jawatankuasa Kerja Pengurusan Bantuan Perubatan</p>	

A. BANTUAN YANG DIPERLUKAN OLEH PEMOHON (DIISI OLEH PEMOHON)

JENIS BANTUAN	TANDAKAN (✓)
Kos pembedahan	
Kos implan	
Pembelian peralatan perubatan termasuk peralatan rehabilitasi	
Pembekalan ubat-ubatan	
Bantuan Pengangkutan	
Bantuan Penginapan	
Bantuan Sokongan Nutrisi	
Lain-lain bantuan yang wajar bagi tujuan: 1. Rawatan 2. Pemulihan; dan 3. Penyembuhan	

1. MAKLUMAT PEMOHON (PESAKIT)

Nama Penuh		
No. Kad Pengenalan		
Jantina		
Bangsa		
Alamat		
No. Telefon	(Rumah)	(H/P)
E-mel		
Pekerjaan		

2. MAKLUMAT WARIS / PENJAGA

Nama Penuh		
No. Kad Pengenalan		
Jantina		
Bangsa		
Alamat		
No. Telefon	(Rumah)	(H/P)
E-mel		
Pekerjaan		
Hubungan dengan pesakit		

3. MAKLUMAT PENDAPATAN

BIL.	PENDAPATAN	JUMLAH (RM)
1.	Pendapatan Pemohon	
2.	Pendapatan Ahli Isi Rumah	
JUMLAH PENDAPATAN		

Sila nyatakan jenis bantuan rawatan penyakit lain yang sedang diterima sekiranya ada.

BIL.	JENIS BANTUAN	JUMLAH (RM)
1.		
2.		
3.		
JUMLAH BANTUAN		

4. MAKLUMAT AHLI KELUARGA / TANGGUNGAN

BIL.	NAMA	NO. K.P / SIJIL LAHIR	JANTINA / UMUR	HUBUNGAN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN/ PENDAPATAN
1.						
2.						
3.						

**Nota:* Sila gunakan lampiran tambahan sekiranya ruangan tidak mencukupi.

B. PENGESAHAN PEMOHON / WARIS

Dengan ini, saya mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah betul dan benar. Saya faham bahawa jika saya telah memberikan maklumat palsu dalam borang ini maka permohonan / bantuan saya boleh dibatalkan serta merta.

Tandatangan / Cap : _____
Jari : _____
Nama Penuh : _____
Tarikh : _____

C. PENGESAHAN MAJIKAN/ KETUA MASYARAKAT/ KETUA KAUM/ PEGAWAI KUMPULAN PENGURUSAN DAN PROFESIONAL

Dengan ini, saya mengesahkan bahawa maklumat pemohon adalah betul dan benar.

Tandatangan	:		Cop Rasmi
Nama Penuh	:		
No. Kad	:		
Pengenalan	:		
Tarikh	:		
No. Telefon	:		

*Nota : Sila lampirkan slip pendapatan / perakuan pendapatan yang telah disahkan sekiranya bekerja sendiri / tidak bekerja.

D. PENGESAHAN DIAGNOSIS PESAKIT OLEH PAKAR/ PEGAWAI PERUBATAN KERAJAAN

Dengan ini saya mengesahkan bahawa pemohon tersebut di atas memerlukan bantuan perubatan seperti berikut:

JENIS BANTUAN	TANDAKAN (✓)	KOS (RM)
Pembedahan		
Pembedahan implan		
Pembelian peralatan perubatan termasuk peralatan rehabilitasi		
Pembekalan ubat-ubatan		
Sokongan Bantuan Nutrisi (Disyorkan oleh Pakar Perubatan Kerajaan / Pegawai Dietetik)		
Lain-lain bantuan yang wajar bagi tujuan: 1. Rawatan; 2. Pemulihan; dan 3. Penyembuhan		
JUMLAH KESELURUHAN		

*Nota : Sila lampirkan bersama Nota Diagnosis/ Surat daripada Pakar/ Pegawai Perubatan Kerajaan

E. TEMPAT MENJALANI RAWATAN

Nama Pusat Rawatan : _____
Alamat Pusat Rawatan : _____
Pegawai untuk dihubungi : _____
No. Telefon : _____

Tandatangan Pakar/
Pegawai Perubatan : _____ Cop Rasmi
Kerajaan

Nama Penuh : _____	
No. Kad Pengenalan : _____	
Tarikh : _____	

SIASATAN PEKERJA KES

F. KEADAAN TEMPAT TINGGAL :

**G. KEDUDUKAN KEWANGAN (CONTOH: PEKERJAAN DAN PENDAPATAN/
PENDAPATAN PERKAPITA):**

H. PENYAKIT DAN KESAN KEPADA PESAKIT/ PENJAGA (CONTOH: PENYAKIT MULA DIKESAN/ AKIBAT DARIPADA PENYAKIT KEPADA PESAKIT/ PENJAGA, RAWATAN:

I. RAWATAN/ TINDAKAN YANG TELAH DIAMBIL BERKAITAN PENYAKIT:

J. BANTUAN LAIN YANG PERNAH DITERIMA (UBAT/ ALAT/ KEWANGAN) BAGI RAWATAN INI:

K. ULASAN PEKERJA KES [SILA TANDAKAN (✓)]

DISOKONG

TIDAK DISOKONG

JENIS BANTUAN	TANDAKAN (✓)	JENIS BANTUAN	TANDAKAN (✓)
1. Kos pembedahan		5. Bantuan Pengangkutan	
2. Kos implan		6. Bantuan Penginapan	
3. Pembelian peralatan perubatan termasuk peralatan rehabilitasi		7. Bantuan Sokongan Nutrisi	
4. Pembekalan ubat-ubatan		8. Lain-lain bantuan yang wajar bagi tujuan: a) Rawatan b) Pemulihan; dan c) Penyembuhan	

L. SYOR PEGAWAI KEBAJIKAN MASYARAKAT BAHAGIAN (PKMB)

Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan Bantuan Perubatan ini telah memenuhi kriteria kelayakan permohonan.

DISOKONG

TIDAK DISOKONG

Tandatangan

:

Nama Penuh

:

Tarikh

:

NOTIS PRIVASI

JKMS berhak untuk mengubah atau mengemaskini notis privasi ini untuk menyelaraskan apa-apa perubahan terhadap amalan privasi kami. Kami percaya bahawa anda bersetuju dengan terma di atas dan membenarkan kami memproses maklumat peribadi anda.